

ZAMÓWIENIE USŁUGI
NR kod_klienta/rrrr-mm-dd/nr_kolejny¹
Do Krajowego Operatora Chmury Medycznej (dalej KOChM)

Czy Zamówienie Zmieniające? Nr zmienianego Zamówienia: kod_klienta/rrrr-mm-dd/nr_kolejny²

Niniejszym, działając w imieniu:

KLIENT/PŁATNIK	
Nazwa:	
Data wypełnienia Zamówienia:	
Imię i nazwisko osoby reprezentującej:	
Adres:	
e-mail, tel./faks:	
NIP:	
Adres e-mail do przesyłania przez KOChM informacji o fakturach:	

w oparciu o „Regulamin Świadczenia Usług KOChM” zamawiam następujące Usługi KOChM:

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA -Usługa KOChM	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA -Pakiet					
Nazwa zamawianej Usługi ³				23%	
Nazwa zamawianego Pakietu					

Usługi świadczone będą na zasadach określonych w „Regulaminie Świadczenia Usług KOChM”, z następującymi dodatkowymi ustaleniami:

WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUGI	
Dzień rozpoczęcia świadczenia Usługi ⁴ :	do 3 Dni Roboczych od uiszczenia Opłaty za pierwszy Okres Rozliczeniowy, lecz nie wcześniej niż w Dniu Roboczym następującym po dniu terminu płatności za pierwszy Okres Rozliczeniowy, określonym poniżej.
Okres obowiązywania Zamówienia (okres świadczenia Usługi) ⁵ : (liczba miesięcy ≥ 12)	<liczba miesięcy>
Wysokość Opłaty za pierwszy Okres Rozliczeniowy (w tym Opłata Inicjalna):	<kwota> PLN (netto + 23% VAT)

¹ Informacje (Numer Zamówienia, dane Koordynatora KOChM) nadaje sprzedawca.

² Wypełnić tylko w przypadku Zamówienia Zmieniającego.

³ W przypadku Zamówienia Zmieniającego wartość musi być taka sama jak w zmienianym Zamówieniu.

⁴ Dzień rozpoczęcia świadczenia Usługi stanowi dzień rozpoczęcia pierwszego Okresu Rozliczeniowego. W przypadku Zamówienia Zmieniającego dzień rozpoczęcia świadczenia Usługi stanowi dzień rozpoczęcia świadczenia Usługi w zmienionym Pakiecie (nie dochodzi do zmiany dnia rozpoczęcia Okresu Rozliczeniowego).

⁵ W przypadku Zamówienia Zmieniającego pole powinno pozostać puste – obowiązuje okres obowiązywania Zamówienia określony zgodnie z pierwotnym Zamówieniem.



Wysokość Opłat za Usługi w kolejnych Okresach Rozliczeniowych (miesięcznych):	<kwota> PLN (netto + 23% VAT)
---	-------------------------------

PŁATNOŚCI	
Termin płatności za pierwszy Okres Rozliczeniowy:	Z góry: <data>
Terminy płatności za kolejne Okresy Rozliczeniowe:	Z góry: 7 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca świadczenia Usług (przed rozpoczęciem kolejnego Okresu Rozliczeniowego)

KOORDYNATORZY STRON	
Koordinator Klienta:	Imię i nazwisko: [...] Adres e-mail: [...] Numer telefonu: [...]
Koordinator KOChM:	Imię i nazwisko: [...] Adres e-mail: [...] Numer telefonu: [...]

Jednocześnie oświadczam, że:

- jestem osobą umocowaną do złożenia niniejszego Zamówienia w imieniu Klienta,
- akceptuję w imieniu Klienta Regulamin Świadczenia Usług KOChM, którego aktualna wersja dostępna jest pod adresem: <https://www.chmuradlzdrowia.pl/wp-content/uploads/Regulamin-swadczenia-uslug-KOChM.pdf>,
- potwierdzam, że z chwilą zawarcia niniejszego Zamówienia Klient – jako administrator lub podmiot przetwarzający w rozumieniu art. 4 RODO (tj. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1)), – zgodnie z art. 28 RODO powierza przetwarzanie danych osobowych, w celu korzystania z Usług objętych niniejszym Zamówieniem, na warunkach i w zakresie określonych w Regulaminie Świadczenia Usług KOChM, w tym w Umowie powierzenia przetwarzania danych stanowiącej załącznik do Regulaminu Świadczenia Usług KOChM.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczętka⁶ osoby upoważnionej do reprezentowania Klienta

.....
Podpis i pieczętka⁷ osoby upoważnionej do reprezentowania KOChM

⁶ Podpis i pieczętka dla dokumentów podpisywanych w formie pisemnej.

⁷ Podpis i pieczętka dla dokumentów podpisywanych w formie pisemnej.

